	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	22-09-2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	SEPTIEMBRE

No. de Contrato:	SP-SUMD-0780-2025	**VALOR**	$29.148.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0377-2025		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CAMILLERO DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	ANDRÉS FELIPE SERRANO CUFIÑO	**NIT/ CC**	1140915187
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	DIRECTA

Cuenta Bancaria No.	4884 4710 8082	**Banco:**	DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		**Aseguradora (Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2026	106426	08/01/2026		08/01/2026	100826	08/01/2026	SEPTIEMBRE				$ 2,542,000.00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 2,542,000.00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 4,000,000.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 4,000,000.00	$ 0.00
2026	$ 18,980,000.00	$ 10,168,000.00	$ 0.00	$ 24,064,000.00	$ 5,084,000.00
TOTAL CONTRATO	$ 22,980,000.00	$ 10,168,000.00	$ 0.00	$ 28,064,000.00	$ 5,084,000.00

Nombre del Supervisor	CR (RA) OLGA MARCELA ANDRADE SALAZAR, MD.	**Fecha de notificación:**	08/09/2026

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	01/11/2025	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	9 MESES	
Prorrogas:	En tiempo 1- CUATRO (4) MESES - Hasta el 30 de noviembre 2026 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales y Pensión Protección 09/09/2026 y riesgos profesionales 09/09/2026 Planilla N° 95058744 correspondiente al mes de agosto en mi condición de supervisor del contrato,certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de agosto así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado /	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haci

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): SE REALIZA CAMBIO DE SUPERVISOR DEL CONTRATO.

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el si

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR (ENCARGADO):	CR (RA) OLGA MARCELA ANDRADE SALAZAR, MD.	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA:	60348273		
CELULAR :	3138416299	**CORREO:**	oandrade@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	x	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1